



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling folkehelse
4AVS304

Marianne Hansen og Anne Karin Lundquist

Antall ord: 9 639

Veileder: Marit Berg

Glemsk, men ikke glemt!

Forgetful, but not forgotten

Bachelor sykepleie

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒ JA

☐ NEI

INNHALDSFORTEGNELSE

SIDE:

	Forord: «Husker du»?	3
1	INNLEDNING	4
1.1	Bakgrunn for oppgaven	4
1.2	Case	5
1.3	Presentasjon av problemstilling	6
1.4	Avgrensning av problemstilling	6
1.5	Anonymisering av oppgaven	7
1.6	Begrepsavklaring	7
1.7	Oppgavens oppbygging	7
2	METODE	9
2.1	Fremgangsmåte for søkeprosessen	9
2.2	Kildekritikk	10
2.3	Forskningsetiske overveielser	12
3	TEORI	13
3.1	Sykepleieteoretiker	13
3.2	Samhandlingsreformen	14
3.2.1	Primær og spesialisthelsetjenesten	15
3.3	Demens	16
3.3.1	Grader av demens	17
3.4	Sykepleierens ansvarsområde	19
3.5	Hjemmesykepleien	19
3.5.1	Omfanget av hjemmesykepleien	20
3.5.2	Hjemmeboende personer med demens	21
3.5.3	Utredning og diagnostikk	21
3.6	Livskvalitet hos eldre	23
3.7	Trygghet	23
3.8	Demens og kommunikasjon	24
4	DRØFTING	26
4.1	Samhandlingens betydning	28
4.2	Kommunikasjonens betydning ovenfor Inga	33
5	KONKLUSJON	36
6	LITTERATURLISTE	37
	Vedlegg: log 2	40

Husker du?

Vi satt og pratet
– hva sa du
Om gamle dager
– du var mest populær
– husker jeg

En lykkelig barndom ja
– husker du Inga
Vi var begge forelsket
– ja hun var fin
– jeg husker det

Du kjøpte ringer
– ja jeg husker det
Og de har du ennå
– har jeg det
– husker du ikke det

De viste du meg
– i går
Eller var det kanskje
– i fjor engang
jeg husker ikke det

Jan E. Skagen

1 INNLEDNING

Vi er to sykepleiestudenter som skal ta en avsluttende eksamen i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Vi hadde tre temaer å velge mellom, som var gitt fra Høgskolen i Hedmark.

Temaet vi valgte å skrive om er «Sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen».

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Vi har valgt å skrive om samhandlingsreformen og vinkler den mot hjemmeboende personer med demens, da vi selv kan se i praksis at denne reformen kan få store konsekvenser for denne pasientgruppen. I Norge finnes omlag 71 000 mennesker med demens, og dette vil øke betraktelig i årene som kommer. Ca. 60 % av disse bor i dag i eget hjem (Engedal & Haugen, 2009). Målet med samhandlingsreformen er å flytte en større del av helsetjenesten ut i kommunene og befolkningen skal kunne få flere spesialiserte helsetjenester i sitt nærmiljø. Reformens hovedvirkemiddel blir flytting av kunnskap og ikke pasienter. Kommunene vil nå få mange av de oppgavene som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvarsområde (ibid, 2009). Demente er en stor pasientgruppe i hjemmetjenesten som vil forutsette at de ansatte har profesjonskompetanse til å møte de utfordringene dette vil medføre.

Hensikten med oppgaven er å fordype seg i temaet og kunne bruke den erfaringen vi sitter inne med til denne pasientgruppe vi har valgt ut. Da samhandlingsreformen nylig har trådt i kraft, synes vi det kan være interessant å se hvilke positive og negative sider denne kan medføre, og hva slags betydning denne har for pasienter/brukere.

Da vi begge i flere år har jobbet i hjemmetjenesten og har en del erfaring i arbeid med diagnosen demens fra før, synes vi det er spennende å fordype oss i den problemstillingen vi har valgt. Vi skal etter endt utdanning fortsette vår jobb i hjemmetjenesten som sykepleiere, og vi ser derfor på denne reformen som spennende og utfordrende. Da denne reformen vil bli

en del av vår hverdag, ønsker vi å sette oss bedre inn i hva den innebærer for oss helsepersonell og brukernes fremtid. Det vil i fremtiden bli en økende vekst av pasienter med demensdiagnoser. Dette skyldes at vi pr. i dag har lengre levetid enn tidligere (Berentsen, 2008). Vi ønsker å se utfallet av samhandlingsreformen ovenfor denne pasientgruppen.

1.2 Case

Inga 86 år er hjemmeboende og har vært enke i 10 år. Hun har ingen barn. Inga har vært en aktiv kvinne og jobbet fulltid på nærbutikken der hun bor. Hun har i løpet av sitt yrkesaktive liv opparbeidet seg et stort sosialt nettverk, hvor hun fremdeles har god kontakt med sine venner og bekjente.

Inga har det siste året hatt hjelp til medisiner. Dette er noe Inga ønsket selv da hun følte at hun ikke lenger hadde tilstrekkelig oversikt over medisiner hun skulle ta. Hun har derfor fått utlevert medisiner x 2 pr. dag av hjemmetjenesten, men utover dette har hun vært selvhjulpen. Inga har alltid sett velstelt ut, og hjemmet har vært preget av at hun har likt å ha det rent og pent rundt seg. Personalet fra hjemmetjenesten har siden de startet hos Inga observert at hun har blitt tiltagende glemsk. Hun glemmer det som ligger nært i tid og er mer opptatt av hendelser som kan ligge mange år tilbake. Inga er til tider desorientert og hun har gått ned i vekt og er mindre opptatt av sitt selvilde. Inga gir uttrykk for at hun føler seg utrygg. Ut i fra de observasjoner hjemmetjenesten har gjort, har det blitt bestilt en legetime hvor det har blitt foretatt en utredning av Inga og hun fikk stilt diagnosen demens. Inga må på bakgrunn av dette ha flere besøk av hjemmetjenesten i døgnet hvor ulike tiltak må igangsettes.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Vil hjemmeboende personer med demensdiagnose bli en utsatt gruppe etter samhandlingsreformen?

1.4 Avgrensning av problemstillingen

Ut i fra problemstillingen vi har valgt oss må vi foreta noen avgrensninger.

Det finnes ulike former for demens. Disse er: Alzheimers type, Vaskulær demens, Demens med Lewi-legeme, Frontotemporal demens og sekundære demenstilstander (Engedal, 2000). Vi har valgt ikke å gå inn på noen spesiell type demenstilstander, men konsentrerer oss om pasienter med demens generelt. I casen om Inga blir flere omsorgsbehov nevnt. Hovedfokuset vårt blir i den grad det er mulig å skape trygghet for Inga. Pårørende er i en stor grad en viktig ressurs, men på grunn av oppgavens begrensende antall ord har vi valgt ikke å trekke dette inn i oppgaven. Dette gjelder også den medisinske delen til denne pasientgruppen. Vi vet at individuell plan er et viktig redskap som kan benyttes. Dette er et virkemiddel for å følge opp ulike tiltak, tjenester og behandling. Vi har ikke gått inn på dette i oppgaven. I teoridelen har vi skrevet litt om de kritisk syke. Vi har dratt med dette videre i drøftingsdelen for å se om disse pasientgruppene vil ta mye av ressursen til hjemmetjenesten, og hva dette vil ha å si for Inga. Vi velger å ha fokus på hjemmeboende demente i kommunehelsetjenesten og hvilke følger samhandlingsreformen kan ha for disse pasientene/brukerne. Vi ønsker videre å se på viktigheten av å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten). Da vi ut i fra egen erfaring kan se at bemanningssituasjon og kompetansenivået i hjemmetjenesten kan være mangelfullt, vil dette sammen med tidsrammene rundt hver bruker kunne by på problemer til pasienter med demens. Det finnes i dag ulike tilbud til denne pasientgruppen, og vi vil se på hvilke fordeler og ulemper dette vil kunne medføre.

1.5 Anonymisering av oppgaven

Caset i oppgaven er fiktivt. Denne er skrevet på bakgrunn av egne erfaringer og opplevelser.

1.6 Begrepsavklaring

Demens: er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial adferd (Engedal & Haugen, 2009).

Samhandlingsreformen: Fordeling av ansvar og ressurser, - Etablere samarbeid om oppgaver og pasienter/klienter som krever innsats fra to eller flere av enhetene, - overordnet politisk blick med fokus på forvaltningsnivåer (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2009).

1.7 Oppgavens oppbygging

Vår oppgave er delt inn i 5 hovedkapitler.

1. Innledningsvis skal vi presentere bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Vi har også skrevet en pasient case for å synliggjøre problemstillingen.
2. I metoddelen skal vi ta for oss søkeprosessen, kildekritikk og forskningsetiske overveielser.
3. I teori delen har vi brukt litteratur vi synes er relevant for vår problemstilling.
4. I drøftingsdelen skal vi drøfte for og i mot opp mot vår teori, samt at vi har benyttet vår egen erfaring. For at oppgaven skal være mer oversiktlig har vi valgt å ha to undertitler.
5. Konklusjonen skal gi oss svar på problemstillingen.

2 METODE

Aubert 1985 i Dalland 2010 sier:

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.
Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder."

Dalland (2010) sier videre at metoden er redskapet vårt i møte med noe vi ønsker å undersøke.

Oppgaven vi skriver er en litteraturstudie og er blitt gitt fra Høgskolen i Hedmark.

Litteraturstudie vil si innhentning av litteratur gjennom kilder som bøker og artikler (ibid, 2010). Vi har benyttet oss av både primær og sekundær litteratur i oppgaven.

Oppgaven vi skal skrive vil handle om konsekvensene samhandlingsreformen vil kunne gi til hjemmeboende demente. Målet vil være hvordan vi vil kunne ivareta pasienter med demensdiagnoser i hjemmet og se på fordeler og ulemper rundt reformen. Vi har benyttet oss av litteratur om temaet samhandling, hjemmetjenesten og hjemmeboende demente, samt skrevet en case for å komme frem til en konklusjon på vår problemstilling.

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretiker Kari Martinsen. Martinsen vektlegger menneskers likeverd og fremhever at et hvert menneske, uavhengig av status, ytelse og andre ytre kjennetegn, når som helst vil kunne komme i en situasjon der det trenger hjelp fra andre (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2008).

2.1 Fremgangsmåte for søkeprosess

Vi har benyttet pensumlitteratur og lånt bøker fra skolens bibliotek som vi har sett på som relevant for vår bacheloroppgave. Vi har søkt i ulike databaser for å finne artikler som vi kan trekke med oss inn i oppgaven. Vi har brukt søkeord både på engelsk og norsk. Oppgavens innhold skal dreie seg om personer med demens og utfordringen med den ny oppstartede samhandlingsreformen. Vi har valgt en forskningsartikkel skrevet av Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal. Artikkelen er skrevet i 2006, og utgitt i Tidsskrift for den norske legeforening samme år. Artikkelen heter «Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens».

Den andre artikkelen vi valgte heter «Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune». Artikkelen er utgitt i Sykepleien Forskning, 2010. Den er skrevet av forfatterne: Danielsen & Fjær (2008).

Den tredje artikkelen heter» Dementia home Care Resources: How are we managing»?

Denne er skrevet av Griffin, Hall, Deforme, St-Amant, MC William, Oudshoorn, Forbes. & Klosek. Artikkelen er skrevet i 2011.

Vi har forsøkt å søke opp forskning på samhandlingsreformen, uten å komme fram til noen treff. Årsaken skyldes nok at reformen enda er så ny. Vi valgte derfor å søke på samhandling generelt. Vi har lagt med 2 vedlegg hvor det første vedlegget omhandler en individuell redegjørelse for arbeidsprosessen vi har valgt i oppgaven. Vedlegg 2 beskriver søkehistorikken.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk defineres som «de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann»(Dalland, 2010 s.66).

De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større gruppe. De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Både kvalitative og kvantitative metoder skal bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Ut i fra disse forskjellige målene er forskjellene ganske store (Holme & Solvang, 1996).

Litteraturen vi har tatt i bruk er stort sett fra nyere dato, men har likevel valgt noen kilder av eldre dato som vi synes kan være aktuelle for oppgaven. Vi har brukt «Omsorg, sykepleie og medisin» av Kari Martinsen, den er skrevet i 1989, men vi anser den like relevant i dag som da. Vi har i tillegg til pensumlitteratur valgt å bruke en del bøker skrevet av Knut Engedal, da han har mye relevant litteratur rundt demensproblematikken. Knut Engedal er spesialist i psykiatri med bred klinisk erfaring i geriatri og allmennmedisin. Det finnes mye forskning

rundt demens, men rundt selve samhandlingsreformen har vi ikke hatt noen treff. Vi har derfor valgt å bruke forskning rundt samhandling.

I følge Engedal (2006) omtales viktigheten av kontinuitet i personalgruppen og hvordan et lite planlagt og samstemt tjenestetilbud kan føre til forringelse av kvaliteten på hjemmetjenesten. Artikkelen viser at personer med demensdiagnose ikke har fått mer hjelp enn de uten. Dette vil bli et økende problem etter som antall eldre vil stige og det vil bli en fordobling av personer med demensdiagnose. Det er en kvantitativ forskningsmetode. Den har en klar problemstilling. 460 hjemmeboende personer med en gjennomsnittsalder på 82 år med antatt demenssykdom, og med vedtak om hjemmebaserte tjenester deltok på undersøkelsen. Personer med demensdiagnose fikk ikke mer hjelp enn de uten, selv om dette er en pasientgruppe som ut i fra graden av sykdom vil trenge betraktelig mer hjelp.

Den andre artikkelen vi har benyttet oss av er en artikkel som heter: Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommunen. Danielsen & Fjær (2010) ser på utfordringer som blir problematisk i forbindelse med overføring av eldre pasienter fra sykehus ut til kommunene. Denne artikkelen er aktuell for oss, da den ser på hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette er en kvantitativ forskningsmetode. Det ble benyttet to metodiske tilnærminger. Fokusgruppeintervjuer og 67 journalgranskninger. Det kom ikke fram hvor mange som deltok på fokusgruppeintervjuet. Artikkelen er utgitt på Sykepleien Forskning i 2010, og vi anser den derfor som en sikker kilde.

Den siste artikkelen heter: Dementia Home Care Resources: How Are We Managing? Dette er en Canadisk artikkel, skrevet av DeForge et al ,2011. Da den er skrevet på engelsk, kan det oppstå oversettelsesproblemer og feiltolkning av forfatterens tekst. Den beskriver behovet for omsorgsressurser overfor demente i hjemmebaserte tjenester. Konklusjonen på artikkelen er at man i fremtiden vil være avhengig av pårørende, da det vil bli en fordobling av antall demente de neste 25 årene. Vi kan ut i fra artiklene skrevet i Norge og Canada se at likheten rundt demensomsorgen i fremtiden kan bli en utfordring. Artikkelen har en kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.

Vi har i denne oppgaven anvendt lovverk, da vi som sykepleiere har en plikt til å forholde oss til disse. De vi har benyttet er: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesteloven,

Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven og Spesialhelsetjenesteloven. Disse har blitt lokalisert på Lovdata og sees på som en pålitelig kilde. Lovdata er en privat stiftelse av Justisdepartementet og Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo (Lovdata).

2.3 Forskningsetiske overveielser

«Stilt ovenfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler.» (Dalland, 2010, s 234).

Vi har benyttet oss av godkjente tidsskrifter/ databaser gjennom Helsebibloteket som vi anser som sikre kilder. Vi har også benyttet oss av forfattere som har bred erfaring innenfor sitt felt som vi mener er relevant for vår oppgave. Vi har henvist underveis i oppgaven og noe er tatt ut i fra egne erfaringer. Dette vil vi synliggjøre i oppgaven.

3 TEORI

Inga 86 år er hjemmeboende og har akkurat fått stilt diagnosen demens. Hun har daglig hjelp av hjemmetjenesten. Hun har den siste tiden blitt tiltakende glemsk og forvirret og føler seg utrygg.

I teoridelen har vi valgt ut litteratur som vi ser på som relevant i forhold til Inga sin situasjon.

3.1 Sykepleieteoretiker

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi da hun belyser viktigheten av omsorg og hvordan vi skal forholde oss til hverandre. Inga i vår case er i en situasjon hvor omsorg og trygghet er et sentralt behov i hennes hverdag.

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi. Hun er født i 1943. Ifølge Martinsen (1989) sier hun at det vesentlige i omsorgen er samhandling mellom hjelper og klient, ikke det formål rasjonelle-samtidig som omsorgen blir »tom» uten faglig dyktighet. Personlige kvaliteter, erfaring og forståelse gjennom praktisk dyktighet er fundamentalt. Omsorgsrasjonaliteten tilsier at personlig kjennskap og innlevelse i det enkeltes situasjon er viktige forutsetninger for konkret utøvelse av god omsorg. Målet med omsorg er ikke at mottakeren skal bli selvhjulpent eller uavhengig, men å opprettholde et visst funksjonsnivå og/eller unngå forverring. Videre sier Martinsen (1989) at pleiesituasjonen er preget av å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her -og nå- situasjon. For at vi skal kunne møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer dette en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Sentralt i omsorg er forståelse for den andres situasjon, vise empati og forstå den syke. Omsorg er det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens, og viser seg gjennom den måten vi forholder oss på til ting og redskaper omkring oss på og gjennom arbeidet. Martinsen (1989) mener videre at omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv (Martinsen, 1989).

3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1. 2012. Målet med reformen er at det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant istedenfor å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus og samarbeide. Målet med samhandlingsreformen er også å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det og

nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Tjenestene skal ha god kvalitet, ha høy pasientsikkerhet, lav ventetid og være mest mulig tilpasset den enkelte bruker (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009).

Videre har vi skrevet kort om livsstilssykdommer da vi tror disse ulike diagnosene vil kreve mye av hjemmetjenesten, noe som igjen kan medføre til at Inga får mindre hjelp enn hun kan ha behov for. Ifølge Libak (2012) vil sykdomsbildet i befolkningen generelt ha stor betydning for etterspørselen for helsetjenester. Helsen i den norske befolkning er generelt god og levealderen har økt betydelig de siste ti årene. Sykdomsbildet er imidlertid i ferd med å endre seg betydelig: forekomst og dødelighet knyttet til hjerte -og karsykdommer er betydelig redusert, mens livsstilssykdommer er på fremmarsj. Forekomsten av overvekt, diabetes, kols og rus øker. Med dette øker også risikoen for kreft. Psykiske lidelser øker i omfang, og da særlig forekomsten av depresjon. Depresjon er også hyppig forekommende hos eldre (Libak, 2012).

Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til begge disse perspektivene bygges stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse-og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. Vektleggingen av dette utviklingsbehovet står ikke i motsetning til en oppfatning om at dagens tjenester har mange kvaliteter og at de fleste pasientene tas hånd om på en god måte. Det er en god helse- og omsorgstjeneste som skal gjøres bedre. Samtidig legges det i meldingen ikke opp til at samhandlingstiltak skal være det enerådende utviklingsperspektivet fremover. Mange av pasientene vil primært være avhengige av at det leveres gode tjenester fra et av tjenestestedene. Den sterke satsingen på bedre samhandling skal ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelser (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009). Den foreslåtte samhandlingsreformen bygger på tre helse og-omsorgsutfordringer:

Den første er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok- at det er delt opp i flere deler (fragmentert). Den andre utfordringen er at tjenestene preges av liten

innsats for å forebygge og begrense sykdom. Den siste utfordringen handler om demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som vil gi utfordringer for samfunnets økonomi (Halvorsen, 2010).

3.2.1 Primær og spesialisthelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er desentralisert til kommunehelsetjenesten. Den skal være hjørnesteinen i helsetjenesten. Det er kommunehelsetjenesteloven som fastslår det kommunale ansvaret for en primærhelsetjeneste og befolkningens rett til nødvendig legehjelp. Den har også ansvar for å fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale forhold, samt søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte (Halvorsen, 2010). Vi viser her til den Kommunale helse-og omsorgstjenesteloven (2011) hvor det er kommunens overordnede ansvar å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter alle pasient-og brukergrupper. Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer eller helseplager, og skal løse oppgaver som krever ressurser og kompetanse ut over det som kommunehelsetjenesten har til rådighet. Spesialisthelsetjenestens tilbud omfatter både det somatiske, psykiske og det rusrelaterte fagfeltet. Spesialisthelsetjenesten har en lovbestemt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Erfaringsvis viser svært god effekt av kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten sammen med kommunehelsetjenesten når disse arbeider aktivt sammen. Spesialisthelsetjenestens oppgaver til personer med demens er særlig knyttet til tjenestetilbudet i sykehus og gode samhandlingstiltak med kommunene. De har samme rett som andre til behandling i spesialisthelsetjeneste som andre ved somatisk sykdom. Ved innleggelse i sykehus kreves det at sykehuset har tilrettelagt forholdene slik at pasienten kan

bli tatt hånd på en god måte. Sykehusinnleggelse vil kunne medføre akutte forvirringstilstander som kan kreve skjerming (Sosial - og helsedirektoratet, 2007). I fellesskap må målet være å sikre brukerne en best mulig oppfølging ut fra den enkeltes situasjon og behov (Fjørtoft, 2009).

3.3 Demens

Engerdal og Haugen definerer aldersdements slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid (Engedal & Haugen, 2009).

Blant brukerne av de kommunale omsorgstjenestene er personer med demens den største diagnosegruppen. I Norge finnes det om lag 71 000 personer med demens hvor av halvparten av disse er hjemmeboende pr. i dag (Engedal & Haugen, 2009). Demens er en progredierende sykdom. Personen som rammes vil tilslutt bli helt avhengig av hjelp da man av denne diagnosen blir dårligere og dårligere. Det finnes i dag ingen form for behandling som kan helbrede sykdommen, men ved tidlig diagnostisering av sykdommen finnes det medikamenter som kan dempe symptomer (Engedal & Wyller, 2004). Det viktigste kjennetegnet på demenssyndromet er nedsatt hukommelsesfunksjon. Det er også andre symptomer som må være tilstede for å kunne stille diagnosen. Dette er: Svekket tanke-, kommunikasjons-orienteringsevne og vansker med å mestre hverdagssysler samt å opprettholde innlærte ferdigheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

3.3. 1 Grader av demens

Det finnes ulike grader av demens:

Mild grad

Mild grad av demens er den første fasen da personen selv og de nærmeste pårørende merker at ting endrer seg som kan få konsekvenser i hverdagen til personen. Vedkommende glemmer avtaler, går surr i dagene, glemmer å hente posten, betale regninger å handle matvarer. Personen kan til tider snu døgnnet. De slutter å følge med på klokka og kalenderen da det er vanskelig og ha et perspektiv på tid. Personer med mild grad av demens kan klare seg selv hjemme med litt tilrettelegging, hjelp og påminnelse. For noen kan dagligdagse oppgaver være vanskelige (Berntsen, 2008).

Moderat grad

Er den andre fasen der personen i økende grad mister taket på tilværelsen. Hukommelsen blir dårligere og det samme blir evnen til å løse problemer. Personen greier ikke å se konsekvensene av de valg han gjør. Daglige gjøremål som påkledning, matlaging og klesvask kan bli for kompliserte. Tilværelsen kan fort bli kaotisk da personen får vansker med å danne seg et klart bilde av omgivelsene av det som skjer. Kommunikasjonsproblemer oppstår, grunnet manglende evne til å uttrykke seg verbalt og forstå det som blir sagt. Personen kan gå seg vill da stedsansen svikter. Mange personer i dette stadiet får angst og depresjon, noen blir fortvilet og engstelige og kan igjen reagere med sinne da de mister flere og flere funksjoner. Noen får også i denne fasen psykotiske symptomer, hallusinasjoner eller generell uro (Berntsen, 2008).

Alvorlig grad

Den tredje fasen av demens er da pasienten har så dårlig hukommelse at han bare kan huske deler av opplevelser tidligere i livet. Han kan heller ikke huske hvem han er i familie med. Noen kjenner ikke igjen ansiktet eller stemmen til sine nærmeste. Ordforrådet er svært begrenset og evnen til å orientere seg for tid, sted og situasjon er borte. Dette gjelder også

evnen til å forstå det andre sier. Det er usikkert om pasienten kan tolke og gjenkjenne syn-, hørsels-og taktileinntrykk da de har en opplevelse og kaos og manglende evne til å sortere stimuli. Betydelig handlingsvikt oppstår og dette fører da til inkontinens for avføring og urin. Pasienter kan ha vansker med å styre bevegelsene sine når de har en så alvorlig grad av demens. I denne fasen vil de være avhengig av hjelp døgnet rundt (Berntsen, 2008). Inga har nå en mild grad av demens. Dette er den første fasen i sykdomsutviklingen. Vi har valgt å beskrive alle tre stadiene, da demens er en progredierende sykdom.

3.4 Sykepleierens ansvarsområde

Sykepleierens oppgave er å hjelpe mennesker som er akutt, kritisk eller kronisk syke, men også friske mennesker med problemer av helsemessig art. Sykepleieren arbeider med forebygging, behandling, lindring og rehabilitering og gir også hjelp i forhold til fysiske, psykososiale og eksistensielle reaksjoner på sykdom, lidelse og død (Halvorsen, 2010). Det blir stadig flere medisinske oppgaver som overføres til kommunehelsetjeneste uten at medisinsk kompetanse øker tilsvarende, det må derfor vurderes andre løsninger for å ivareta kompetansebehovet og sikre pasientens behandling på en forsvarlig måte. I slike situasjoner er det nødvendig at sykepleiere og andre helsearbeidere må overføre enkelte oppgaver fra en gruppe til en annen. Sykepleiere kan for eksempel få større ansvar til å kartlegge pasientens behov og funksjon med hensyn til utvikling av demens, foreta forebyggende besøk hos hjemmeboende eldre for å avdekke behandlings -og oppfølgingstilbud på et tidlig tidspunkt, osv. (Kristoffersen et al,2008).

3.5 Hjemmesykepleie

Inga er hjemmeboende og er avhengig av hjemmesykepleiens tjenester. Det er relevant for vår oppgave å få med litt om hvordan hjemmesykepleien arbeider og utfører helse- og omsorgstjenester.

Hjemmesykepleie er en viktig del av dagens helsetjeneste.

Når hjemmeboende trenger hjelp i kortere eller en lengre periode grunnet sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon er hjemmesykepleie et tilbud om pleie og omsorg.

Pasienter som mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien er blitt sykere og mer pleietrengende. Dette skyldes at pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehus. Det stilles i dag større krav til kvaliteten til helsetjenestene og i de senere årene har pasienter fått stadig flere lovfestede rettigheter (Fjørtoft, 2009). Pasient og brukerrettighetsloven (1999) understreker det en har krav på som pasient i den norske helsetjenesten.

I Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1a står det at: Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf.helse-og omsorgstjenesteloven§ 3-5

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse-og omsorgstjenester fra kommunene. Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse-og omsorgstjenesteloven §4-1.

Kommunene skal gi den som søker eller trenger helse-og omsorgstjenester, de helse-og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Tidligere ble hjemmetjenesten ansett som ett supplement til sykehus, noe som kommer frem i retningslinjene for hjemmetjenesten fra 1971. Dette har i de siste ti årene endret seg mye, og vi kan se at hjemmetjenesten har endret posisjon. De har nå en sentral plass i helsetjenestetilbudet til befolkningen, fra å ha en plass i utkanten av helsetjenesten til en plass i sentrum. En økende andel i helsetjenestene skjer på bakgrunn av dette utenfor institusjon (Fjørtoft, 2009).

3.5.1 Omfanget av hjemmetjeneste

Omfanget av hjemmetjenesten har økt drastisk de siste ti årene da stadig flere bor hjemme og mottar hjelp i sitt eget hjem. Det er ca. 200 000 mottakere av hjemmebaserte tjenester, og ca. 120 000 av dem mottar hjemmesykepleie. Resterende 80 000 mottar hjemmehjelp eller BPA (brukerstyrt assistent). Den største gruppen brukere er over 80 år og de fleste av dem er kvinner. Kvinner lever lenger med alvorlige helseproblemer og funksjonstap på slutten av livet enn det menn gjør, dette på grunn av den gjennomsnittlige levealder. De neste 50 årene vil dette komme til å jevne seg ut fordi det forventes en sterkere vekst i levealderen til menn enn for kvinner fram mot år 2050. I gruppen under 67 år er det sterkest vekst og blant de yngre eldre (67-79 år) har det vært en nedgang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Hjemmetjenestens pasienter har også blitt sykere og mer pleietrengende. Pasientene har behov for både omfattende pleie og omsorg og spesialisert behandling og oppfølging (Fjørtoft, 2009). Grunnen til at så mange får hjemmebaserte tjenester kan være fordi pårørende bor langt unna, eller har fulltidsarbeid.

3.5.2 Hjemmeboende personer med demens

De fleste hjemmeboende personer med demens vil være avhengig av tilrettelagte omsorgstjenester. Målet med samhandlingsreformen er at alle skal ha mulighet til å kunne få bo hjemme lengst mulig, og at individuelt tilrettelagte tjenester kan mottas. For at dette skal kunne gjennomføres må kommunene ha tilstrekkelig avlastnings- og dagtilbud. Etter en landsdekkende undersøkelse bør alle kommuner innen år 2015 kunne tilby et tilrettelagt dagtilbud for personer med demens enten i dagsenter, i institusjon eller som avlastning i eget hjem. Det er i dag antatt at det er et behov for 20 000 flere tilrettelagte plasser/boliger for personer med demens (Sosial -og helsedirektoratet, 2007).

3.5.3 Utredning og diagnostikk

Vi har valgt å ta med utredning og diagnostikk for at man skal kunne se hvem som står ansvarlig for henvisning og utredning. I Inga sitt tilfelle er det pleiere fra hjemmetjenesten som har foretatt observasjoner. At pleierne har kunnskap og kompetanse er nødvendig for at de skal vite hvor de skal henvise pasienten (Engedal, 2002).

Demens må diagnostiseres så tidlig som mulig for at man skal kunne tilby behandling til pasienten (Engedal, 2002). Hvilke pasienter som skal utredes i primærhelsetjenesten og hvilke som bør henvises til spesialisthelsetjenesten vil være avhengig av primærlegen og hjemmetjenestens kompetanse på området. Det finnes i dag større kunnskaper blant folk flest om demens enn tidligere. Dette gjør at folk tidligere oppsøker lege eller hukommelsesklinikk i et tidlig stadium av demensutvikling. I dette stadium er det ofte bare hukommelsen som svikter og de andre kognitive funksjoner er enda ikke berørt. Når den kognitive svikten tiltar vil utredning med henblikk på demenssykdom bli aktuell. Demensdiagnosen stilles på basis av anamnese fra pasient og pårørende, intervju, eventuelt observasjon av pasienten, samt bruk av demenstester og nevropsykologisk undersøkelse. Endring av intellektuell kapasitet, atferd og personlighetstrekk er tidlige tegn på demens (Engedal, 2002).

Et godt hjelpemiddel ved utredning av pasienter er Mini Mental Status (MMS). Dette er et screeningsinstrument som tester om det foreligger moderat grad av kognitiv svikt (Engedal, 2002). Høyest skåre på MMS test er 30. Pasienter med høy MMS- skåre hvor det foreligger mistanke om demens, bør fortrinnsvis utredes i spesialisthelsetjenesten. Med spesialisthelsetjenesten menes i denne sammenheng fagområdene nevrologi, psykiatri og geriatri (Brækhus & Lillesveen, 2005). Ved demens kan man se typiske symptomer som redusert hukommelse og oppmerksomhet, redusert evne til og holde seg orientert om tid og sted, redusert kommunikasjonsevne, ordletningsproblemer og problemer med å forstå rom og retning, apraksi (manglende evne til å utføre visse bevegelser) og generell handlingssvikt. Sammensatte aktiviteter som krever både planlegging, hukommelse og utføringsevne er vanskelige, for eksempel å betale regninger, å holde oversikten over egen økonomi og å passe på eget legemiddelinntak. Adferden er endret i forhold til tidligere. Noen er preget av depressive symptomer, tilbaketrekning og angst. Andre kan være mistenksomme, ha

vrangforestillinger eller synshallusinasjoner. Det finnes ingen effektiv forebyggende eller kurativ behandling for noen av demens- sykdommene. Etter hvert som sykdommen progredierer, vil personer som lider av degenerative demens -sykdommer bli mer og mer hjelpeløse. I en tidlig fase kan symptomatisk legemiddelbehandling tilbys, i tillegg til støttende behandling av pasienten og de pårørende. Når hjelpebehovet øker må omsorg tilbys (Engedal, 2002).

3.6 Livskvalitet hos eldre hjemmeboende

Den norske psykologen Siri Næss har laget følgende definisjon på livskvalitet:

En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede (Næss 1994, s 19).

I vår jobb som sykepleiere er det viktig at vi har kjennskap til hva de eldre selv legger vekt på for å ha det godt, slik at vi skal kunne gi et godt sykepleietilbud. Som sykepleier trenger man kunnskap om hva som kan true livskvaliteten til ulike pasienter, og hva som kan gjøres for å styrke livskvaliteten (Fjørtoft, 2009). Det er individuelt hva hver enkelt person vektlegger i begrepet livskvalitet. Det er vesentlig i møte med ulike brukere å få tak i personens egen oppfatning av sitt liv. Livskvalitet for eldre med skrantende helse og behov for hjelp er ofte knyttet til det å være trygg på å få nødvendig hjelp når de trenger det. Ønske om å få bo i sitt eget hjem blir ofte en balansegang mellom det å være selvhjulpen og det å være avhengig av andres hjelp (Fjørtoft, 2009).

Hjemmetjenestens overordnede mål er å gi brukeren hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, bidra til livskvalitet og bidra til at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2009).

3.7 Trygghet

Vi har valgt å skrive om trygghet. For at Inga skal kunne fortsette å bo hjemme, må vi pleiere kunne tilrettelegge slik at det oppleves trygt for henne.

Så lenge det er forsvarlig og ønskelig skal den enkelte få bo hjemme. Forutsetning for at dette skal være mulig, er at det oppleves trygt. I hjemmesykepleien er trygghet et grunnleggende mål. Brukerne skal oppleve trygghet både i forhold til å bo i sitt eget hjem og i forhold til tjenestene de mottar. For de fleste er hjemmet et symbol på trygghet. Der føler vi oss beskyttet, har oversikt og kontroll og det er vårt faste holdepunkt. Mange ønsker å bo hjemme tross for omfattende helsesvikt og hjelpebehov. Noe som er vesentlig for den reelle tryggheten ved å være overgitt vår hjelp, er at vi som fagpersoner har et ansvar for å være faglig og kompetente i jobben vår. For at brukerne skal få tillitt til tjenesten er det viktig med dyktige og omsorgsfulle fagpersoner. Hjemmet skal være et trygt sted, men kan oppleves som utrygt når personen blir hjelpetrengende og at han har nedsatt egenomsorgsevne, eller for at en er prisgitt andres omsorg eller manglende omsorg. Vi må legge vekt på om brukeren opplever det som trygt å bo hjemme, samtidig som det skal være forsvarlig ut fra en faglig vurdering når vi skal vurdere behovet for hjelp (Fjørtoft, 2009).

3.8 Demens og kommunikasjon

Vi har valgt å skrive om kommunikasjon i oppgaven da det er avgjørende for å kunne skape en god relasjon med Inga. Ved at vi kommuniserer med Inga på en god måte vil vi kunne formidle respekt og trygghet ovenfor henne.

Kommunikasjon handler mye om å forstå mennesker. Ordet kommunikasjon kommer fra et latinsk ord som betyr` å gjøre sammen`. Kommunikasjon er samhandling. Vi mennesker

kommuniserer hele tiden, ikke bare med ordene våre, men også med hvordan vi ser ut og vår væremåte (Fjørtoft, 2009).

Vårt viktigste arbeidsredskap som sykepleier er vår evne til å kommunisere og skape tillitt og kontakt. Sykepleieren har et særlig ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon i møte med mennesker som trenger hjelp. Vi møter mange ulike mennesker, i både brukere og andre samarbeidspartnere i hjemmetjenesten. Når det gjelder kommunikasjon og samhandling stiller det oss overfor en rekke utfordringer. Det kan være vanskelig å kommunisere da mange av brukerne er i en situasjon eller har en helsesvikt som kan gjøre dette problematisk (Fjørtoft, 2009).

Kommunikasjon mellom mennesker foregår på to måter:

- Verbal kommunikasjon uttrykkes gjennom språket vårt.

- Nonverbal kommunikasjon som er kroppsspråket vårt, uttrykkes gjennom kroppen (Eide & Eide, 2008).

Det finnes ulike kommunikasjonsteknikker som kan benyttes i dialog med personer som har en demensdiagnose. Disse ulike teknikkene er:

Reminisens/minnearbeid: er arbeid med gjenkalling og formidling av minner og erindringer.

Det finnes to former. Den ene er psykoterapeutisk prosess, den andre kalles minnearbeid.

Vi tar for oss formen som kalles minnearbeid da dette er en god metode for personer med demens. Hovedhensikten med denne formen er at pasientene får bekreftelse på hvem de er og har vært, og at de kan få gjenoppleve minner og oppleve fellesskap og gjensidighet. Dette kan være med på å gi innhold i dagene, styrke selvfølelsen, gi sosialt fellesskap og bedre humøret (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

Validering: er å gjenskape verdighet og la personen oppleve at han eller hun er verdifull. Vi viser aksept for pasientens måte å se virkeligheten på ved å lytte uten fordommer, men med evne til innlevelse. Denne kommunikasjonsformen kan med fordel brukes i enkelte situasjoner til pasienter med demens (ibid, 2008).

Realitetsorientering: er å orientere pasienten tilbake til virkeligheten. Enkelte tiltak som kan igangsettes er blant annet klokker, kalendere og orienteringstavler (ibid, 2008).

4 DRØFTING

Inga har akkurat fått stilt diagnosen demens. Vi vil i vår drøftingsdel ta for oss samhandlingsreformen og dens betydning for personer med demensdiagnose.

Vil hjemmeboende personer med demensdiagnose bli en utsatt gruppe etter samhandlingsreformen?

Inga har ingen nære pårørende, og er på grunn av dette avhengig av hjemmetjenesten og deres kompetanse. Hjemmetjenesten er en omfattende og generell tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjon. Dette omfatter alle mennesker i forskjellig alder og livssituasjoner med ulike hjelpebehov (Fjørtoft, 2009). I henhold til kommunehelsetjenesteloven, er hjemmesykepleie en tjeneste som alle kommuner er pålagt å ha. Hjemmetjenesten er en gratis og behovsprøvd tjeneste som alle kan søke om. Søkeren har krav på skriftlig svar med begrunnelse i henhold til gjeldene lovverk. Hjemmebaserte tjenester er for de fleste personer med demens og deres pårørende den første kontakten med hjelpeapparatet (Brækhus & Lillesveen, 2005).

Noen trenger omfattende pleie og omsorg, mens andre har mer avgrensede behov. Demens er en progredierende sykdom, og Inga vil etter hvert komme til å bli dårligere og mer pleietrengende. For at vi skal kunne klare å se den enkelte brukers behov, er vi avhengige av faglig kompetanse. Som sykepleier kan vi ikke bare ha blick for den enkelte, aktuelle

pasienten. Vi må også være talsmann til de svakeste i samfunnet, til dem som ikke kan tale sin egen sak og som i liten grad har personlige og økonomiske ressurser til å være sin egen advokat (Kristoffersen et al., 2008). For Inga er det viktig at vi taler hennes sak, da hun ikke har noen nære pårørende til å bistå henne med dette. Ved at ingen snakker Ingas sak vil dette føre til at hennes rettigheter og behov ikke blir ivaretatt.

Det arbeider mange faggrupper sammen i hjemmetjenesten. Det er ofte gråsoner i forhold til hvem som skal utføre de ulike arbeidsoppgavene. Det er derfor viktig at vi er bevisst vårt faglige ståsted. I hjemmetjenesten er det behov for et vidt spekter av kunnskap. Dette skyldes at brukerne er i alle aldre og har ulike og sammensatte diagnoser. Hjemmesykepleieren har mange selvstendige funksjoner. Dette medfører et stort ansvar og mange utfordringer som stiller krav til vår kompetanse (Fjørtoft, 2009).

Inga har et stort nettverk av venner, men siden disse nå har nådd en høy alder, er det begrenset hvor mye hun kan belaste dem, og hvor mye de orker. Den siste tiden har Inga følt seg utrygg, og hjemmesituasjonen er betraktelig endret. Hjemmetjenesten kartlegger hennes behov for hjelp, og om det er forsvarlig at hun fortsetter å bo hjemme.

Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å sørge for nødvendig helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (jf. Kommunehelsetjenesteloven§2-1). Sosialhelsetjenestelovens formål er: å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (sosialhelsetjenesteloven§1-1).

Inga har fått tilbud om dagplass på sykehjemmet 2 x pr. uke. Dette er et dagtilbud tilrettelagt for personer med diagnosen demens. Inga vil ta imot dette tilbudet, og prøver dette over en periode. Dette er et tilbud som er åpent fem dager i uka. Hver enkelt har tilbud fra en dag i uka og oppover. Det blir satt sammen grupper som fungerer sammen. Dette kan være alt i fra grupper som går turer sammen til å utføre ulike inneaktiviteter. Ved siden av aktiviteter blir det servert to daglige måltider, frokost og middag. Inga blir ringt opp den dagen hun skal på dagsenteret, og hentet hjemme om morgenen. En av aktivitørene er med for at Inga skal bli møtt av en de kjenner (Fjørtoft, 2009).

Hjemmetjenesten observerer at Inga blir tiltagende urolig de dagene hun har vært på dagsenteret. Vi kan stille oss kritiske til om det alltid er like heldig for denne pasientgruppen

og måtte dra ut fra hjemmet og til nye omgivelser. Det kan være ulike årsaker til at dette kan falle uheldig ut. Miljøforandringer kan gjøre pasientgruppen urolige samt at de får flere mennesker og forholde seg til.

Vi undrer oss over om dagtilbud vil kunne komme til å bli et tilbud for pasienter med demensdiagnose i fremtiden for å avlaste pleierne i hjemmetjenesten, slik at de skal kunne frigjøre ressurser for bedre å kunne ta seg av kritisk syke.

4. 1 Samhandlingens betydning

Det vi kan se etter at samhandlingsreformen ble innført, er at det nå blir sendt flere kritisk syke ut i kommunene. Behovet for kompetanse vil da øke. Vi vil i fremtiden få flere krevende oppgaver i hjemmetjenesten. Ulike prosedyrer som tidligere ble utført på sykehus, skal nå utføres i eget hjem. Dette skyldes at pasientene nå blir tidligere utskrevet fra sykehus. Vi kan se at dette vil bli en spennende utfordring for oss, da dette kan være med på å øke vår kompetanse og selvutvikling. Ulempene med denne utviklingen er at vi kanskje kan få mindre pasientkontakt med de som ikke trenger vår faglige kompetanse. Ut i fra egen erfaring har vi sett at sykepleierne får mindre pasientkontakt, og at mer tid må brukes til det administrative. Vi kan se at sykepleierne får en mer konsulent preget rolle (Fjørtoft, 2009). Vi kan undre oss på om vår kompetanse da vil bli brukt riktig. Mange av de administrative oppgavene som vi må bruke tid på, kunne vært utført av ledelse/kontorpersonell. Da hadde vi fått frigjort tid som vi heller kunne ha benyttet til pasientkontakt.

For at vi skal kunne møte de ulike utfordringene vi nå står foran vil det komme til å gå utover enkelte pasientgrupper. Vi tror da at pasienter med demensdiagnose vil kunne være en utsatt gruppe. Mange i denne pasientgruppen kan klare å utføre sine grunnleggende behov, men de kan også prøve å skjule svikten for seg selv og omgivelsene. Dette kan være en medvirkende årsak til at det kan være noen mørketall, om hvor mange demente det finnes i Norge (Fjørtoft, 2009).

Forekomsten av ulike sykdommer som for eksempel rus, diabetes, kols og kreft vil øke i fremtiden. Målet med reformen er at det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet

for å reparere i etterkant (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009). Pasientgruppene som vil øke i fremtiden vil nok komme til å ta mye av ressursene i hjemmesykepleien. Vi som sykepleiere må ha god tid, kunnskap og tett oppfølging for å kunne møte disse utfordringene. For å få til dette vil det kanskje bli nødvendig med daglig avlastning til de hjemmeboende demente, det vil si fem dager i uka. Det kan diskuteres hvorvidt dette er bra for pasienten. Pasienten vil da bli en «kasteball» i systemet. Det finnes ikke så mange ulike tilbud for denne pasientgruppen i de ulike kommunene. Det kan da være nødvendig at tiltak som daglig avlastning må igangsettes inntil videre, før intensjonen bak samhandlingsreformen viser resultater. For Inga kan det være svært uheldig med miljøendringer daglig. Da det allerede er observert at hun er tiltagende urolig og forvirret etter de dagene hun har dagplass, vil det kunne føre til at Inga vil bli mer urolig og forvirret om hun skal tilbringe fem dager i uken på dagsentret. Dette vil medføre at Inga ikke vil føle tilhørighet noen steder, noe nettopp denne pasientgruppen trenger. For noen kan det daglige tilbudet være positivt da de hele tiden har mennesker rundt seg, noe som igjen gir de trygghet. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2009)er det bare 4 % av de som bor hjemme med demenslidelse som har et tilbud å gå til på dagtid. Regjeringen har understreket at godt utbygde dagaktivitets tilbud sammen med hjemmetjenester, i mange tilfeller kan bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

For Inga burde man kanskje igangsatt et annet tiltak enn dagplass da dette var en uheldig løsning for henne. Et tiltak kan for eksempel være avlastning i eget hjem. Hjemmetjenesten har ikke de ressursene som skal til for å få til dette. I mange kommuner er det nå opprettet frivillighetssentraler som kan formidle tjenester fra enkeltpersoner som ønsker å hjelpe (Fjørtoft, 2009). For Inga kan dette tilbudet være aktuelt, slik at hun kan oppholde seg mest mulig i sitt eget hjem hvor hun føler trygghet. For at dette skal være en god løsning for Inga, er det viktig at den samme personen fra frivillighetssentralen følger henne opp.

Hjemmeboende demente er en gruppe som ofte selv krever lite og som kan være flinke til å skjule ulike hjelpebehov. På grunn av at de skjuler hjelpebehovene, samt at det er ressursmangel blant personalet kan denne pasientgruppen fort bli overlatt til seg selv. I følge Engedal et al.2006 tilbringer personer med lett og moderat demens mye tid alene. I følge studien var det mulig å gi praktisk hjelp til en person med demens i løpet av 53 minutter pr døgn. Hjelpen de fikk var til utføring av ulike oppgaver som blant annet hjelp til personlig

hygiene, tilberedning av måltider, hjelp til medisiner og rengjøring. Vi kan ut i fra dette stille spørsmål ved kvaliteten og tilrettelegging av hjelpetilbudet. De fleste i denne undersøkelsen har egen husholdning. Ut i fra dette vil det si at personene med demens er overlatt til seg selv 23 timer i døgnet. Dette er dersom pårørende/familien ikke stiller opp. I løpet av den korte tiden hjemmetjenesten er til stede vil opplevelse av ensomhet, depresjon og forvirring vanskelig kunne la seg korrigere. Ut i fra disse studiene kan vi se at personer med lett og moderat demens tilbringer mye tid alene. Ulike farlige situasjoner kan da oppstå på grunn av deres reduserte hukommelse og desorientering. Dette kan være fall, brudd, vandring, tidsorientering og bruk av husholdningsapparater. Konsekvenser av at pasienten for eksempel faller eller pådrar seg andre skader, kan være at vedkommende må innlegges på sykehus. Der vil pasienten få enda flere pleiere og medpasienter og forholde seg til. Pasienten er i nye omgivelser og kan bli urolig, forvirret og utrygg. Når slike hendelser oppstår, vil dette få økonomiske innvirkninger.

Ifølge St.meld.nr. 47 skal kommunen betale 20 % av kostnadene av medisinske innleggelser. Hvis kommunen ikke kan ta imot pasienten når vedkommende er utskrivningsklar, har de en kommunal betalingsplikt fra dag en på kr. 4000 pr.døgn. For at kommunen kan ta i mot pasientene bør det være tilrettelagt med ulike hjelpemidler, noe som kan være vanskelig om sykehuset skriver pasientene ut mot helg. Ifølge Danielsen & Fjær (2010) viser det seg at utskrivelser fra sykehus mot helg kan skje, noe som er vanskelig å forene mot den kommunale organisasjonsmåten.

Fordelen med at Inga kan bo hjemme lengst mulig er at sykdomsforløpet kan forsinkes ved at hun er i kjente omgivelser. Da vi så at Inga ble tiltagende urolig etter å ha vært på dagsenter ser vi at hun har behov for trygge og stabile omgivelser som hjemmet representerer for henne. Hjemmet er der Inga har størst mulighet til å kjenne seg igjen og finne fram. Dette kan bidra til en mer oversiktlig hverdag (Birkeland & Flovik, 2011).

Ifølge Danielsen & Fjær (2010) sier de at å bedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet blir oppfattet som en stor og viktig oppgave. Pasienter som blir utskrevet fra sykehus til hjem er ofte sykere og mer pleietrengende, noe som igjen vil føre til at pleierne får mer krevende og utfordrende oppgaver. For at vi skal kunne møte disse

kravene er vi avhengig av økt kompetanse blant helsepersonell. Som det blir skrevet i artikkelen kan betalingsvarsel iverksettes hvis kommunen ikke kan gi passende tilbud, og pasienten ikke kan komme hjem. Ved at pasientene blir tidligere utskrevet til hjemmet må vi ha kompetanse til å møte ulike pasientgrupper med sammensatte og omfattende behov. Vi må kunne utføre ulike prosedyrer, som tidligere har blitt utført i spesialisthelsetjenesten.

I en undersøkelse fra Belgia kom det frem at kunnskap om pasientenes demensdiagnose bidrar til bedre kvalitet i omsorgen. Ved et mangelfullt kompetansenivå vil kunnskap om demenssykdom være svekket. Ifølge St.meld. nr. 47 står det skrevet at innføringen av samhandlingsreformen forutsetter at ansatte har kompetanse som kan møte utfordringene. For å møte disse utfordringene, synes vi at det i fra kommunens side bør tilrettelegges for utdanning til de som ønsker dette.

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen er opptatt av, og understreker at omsorg ytes på grunnlag av personlig engasjement og en innlevelse i pasientens situasjon, det vil si på pasientens premisser (Martinsen, 1989). Vi kan si oss enig i hennes uttalelser, men slik det praktiseres i dag mener vi at dette nesten er umulig å oppnå, på grunn av stramme tidsrammer i hjemmetjenesten. I følge Engedal et al., 2006 blir hjemmetjenestene kritisert for å ha dårlig tid, at det er mange forskjellige som yter hjelp til den enkelte hjelpetrequende og at det er knapphet på tjenestene. Ved at tidsrammene rundt hver enkelt pasient er så stramme, har vi gjennom vår væremåte og vårt kroppsspråk lett for å sende ut signaler om at vi har det travelt. Dette er noen personer med demensdiagnose sårbare overfor. De kan da reagere med uro og utrygghet. Ifølge Ward-Griffin et al., 2012 er ressursmangelen et økende problem også i Canada. Artikkelen viser at hjemmetjenesten vil bli avhengig av hjelp fra pasientens pårørende for å kunne klare å møte den økende vekst av antall mennesker som lever med demens. Ut i fra de resultatene artikkelen viser til, kan vi se at dette også kan bli en utfordring for hjemmetjenesten her i Norge.

For Inga som ikke har noen nære pårørende er hun avhengig av hjemmetjenestens ressurser for at hun i det hele tatt skal kunne ha mulighet til å bo hjemme.

Ut ifra egen praksis har vi fått høre etter samhandlingsreformen trådte i kraft, at det skal igangsettes et prosjekt som er organisering av arbeidslag. Målet med slike arbeidslag er at pasientene ikke skal ha så mange pleiere å forholde seg til.

Fagpersoner som har kunnskaper om denne pasientgruppen bør trives med de spesielle utfordringene det kan være i demensomsorgen. Det at det er en god relasjon mellom hjelperen og den demente betyr mye. Hjemmesykepleieren har til oppgave å legge til rette for at det ikke stadig kommer nye pleiere, noe som kan uroe og forvirre unødige. Det er viktig at det er faste og kjente personer som kommer til pasienter med demens, da denne pasientgruppen har behov for forutsigbarhet. Kontinuitet i personalgruppen overfor pasienter med demens er viktig for å skape trygghet og tillitt. Nå er det ikke nok i seg selv at det er få som kommer. Det er like viktig at dette er noen som den demente liker (Fjørtoft, 2009). Vi ser viktigheten med at slike arbeidslag blir opprettet, men da denne pasientgruppen kan være krevende kan det by på utfordringer innad i personalgruppen. Personalet må i stor utstrekning gi av seg selv uten å få påfyll i forhold til det som gis (Sosial -og helsedepartementet, 1997).

Ifølge Engedal et al., 2006 kommer det frem at hvis personer med demens skal kunne bo hjemme lengst mulig og ha det rimelig bra, må hjemmetjenestene få mer innsikt i hvordan de i dag organiserer ytelsene, og hvordan de mer effektivt kan utnytte arbeidsstyrken. Bare på den måten kan man sikre kontinuitet og pasientens sikkerhet og psykiske helse. Vi sier oss enig i Engedal sin uttalelse, men for å få til dette er vi helt klart avhengig av mer kunnskap, ressurser og optimalt samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene.

4.2 Kommunikasjonens betydning ovenfor Inga

I samhandling med Inga som har en demensdiagnose, er det viktig med god kommunikasjon. Kommunikasjon er vår viktigste arbeidsredskap. I møte med mennesker som trenger hjelp, har vi et særlig ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon (Fjørtoft, 2009). Ved ikke å ha nok kunnskap rundt kommunikasjon og ulike kommunikasjonsteknikker kan dette bidra til at personer med demens blir tiltakende urolige. Vi må overfor Inga opptre rolig, prate tydelig, bruke få ord og korte setninger.

.

Det har vist seg at vi mennesker oppfatter mer av hverandres kroppsspråk og tonefallet i stemmen, enn av ordene som blir sagt. Når vi kommuniserer, enten med ord eller kropp, ønsker vi å formidle noe. Denne formidlingen består først og fremst i å skape kontakt. Vi må formidle respekt og trygghet. Det er viktig at vi legger vekt på å informere og rettlede Inga, og ikke stille spørsmål og dermed gi vanskelige valg (Fjørtoft, 2009).

Vi vet fra tidligere at realitetsorientering var den kommunikasjonsteknikken som oftest ble benyttet til pasienter med demensdiagnose. Denne teknikken blir nå mindre benyttet enn tidligere, da man ofte kunne se at pasientene fikk en sorgreaksjon.

Eks.

Pasient: Jeg vil hjem til mor

Pleier: Moren din er død

Pasient får da en sorgreaksjon.

Vi vil ovenfor Inga benytte oss av validering. Dette vil si at vi møter Inga på hennes nivå i tid og sted.

Eks.

Pasient: Jeg vil hjem til mor. Hvor er mor?

Pleier: Savner du mor?

Pasient: Ja, men hun er jo død!

I dette eksempelet kan vi se at pasienten blir av pleieren møtt av følelsen som ligger under utsagnet. I stedet for at pleieren henger seg for mye opp i ordene som brukes, hører hun heller på budskapet. Pasienten opplever på denne måten og bli tatt på alvor, hun føler seg forstått og respektert (Sosial og helsedepartementet, 1997).

I 2009 gikk regjeringen ut med at det innen 2015 skal bygges 12000 nye sykehjem-og omsorgsboligplasser. Vi ser at behovet for flere sykehjemsplasser i hjemmetjenesten øker generelt. Ifølge Demensplan 2015, kan vi se at nesten 80 % av de som bor i sykehjem har en demenslidelse. Mange sykehjem er ikke bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Vi kan ut i fra dette undre oss over hvordan regjeringen skal kunne møte lovnaden de har gått ut med at det innen 2015 skal være full sykehjems dekning. I mange kommuner er det stor pågang for å få sykehjemsplass. Når det først blir ledig plass på sykehjemmet, er det først de kritiske syke som blir prioritert og får tildelt disse. Igjen kan personer med demensdiagnose bli en gruppe som ikke blir førsteprioritet. Vi har sett at det i noen kommuner er få tilrettelagte plasser for personer med demens. Skjermet avdeling er små enheter som er tilrettelagt for denne pasientgruppen. Da det pr. i dag ikke er nok plasser som er tilpasset denne gruppen, vil det si at de får innvilget plass i de ulike avdelingene der de har ledig kapasitet. Dette kan være svært uheldig for denne gruppen, som bør være i små enheter for å kunne oppnå trygghet og forutsigbarhet. Andre pasientgrupper vil også bli berørt ved at det kan oppstå mye uro i miljøet.

Det er viktig at vi bidrar til gode dager for Inga. Da Inga har en demensdiagnose, noe som gjør at hun blir gradvis dårligere, må vi finne ut hva som gir henne gode opplevelser. Dette kan være alt fra en tur ut i sola, drikke kaffe sammen, lytte til musikk eller bare gi henne en klem (Fjørtoft, 2009). Hva som er den gode opplevelsen kan være forskjellig fra person til person. Det er viktig at vi kan klare å kartlegge dette for å finne ut av hva som kan gi god livskvalitet for Inga. Det trenger ikke alltid å kreve så mye tid for å oppnå en god opplevelse for henne. Men det krever omtanke, kreativitet og engasjement av sykepleieren (Fjørtoft, 2009).

Ved at det blir opprettet arbeidslag i hjemmetjenesten vil dette bidra til at vi får mulighet og tid til å oppnå gode relasjoner med Inga. På denne måten kan vi bli bedre kjent med henne og få mulighet til å vite hva som har vært betydningsfullt i hennes liv. Slik som hverdagen i hjemmetjenesten nå er organisert, har vi verken tid eller mulighet til å få gjennomført dette. Vi utfører de tiltak som Inga har fått vedtak på og har sjelden mulighet til å utføre noe utover det. Vi har sett at pasienter med demens diagnose ofte gir uttrykk for at de skulle ønske å ha oss der lenger. Vi har flere ganger kjent på følelsen over ikke å strekke til, og at man må haste videre med dårlig samvittighet. Vi sitter da igjen med en følelse over ikke å ha utført jobben på en god og tilfredsstillende måte.

Målet med tiltakene vi igangsetter for Inga bør være at hun skal kunne oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen. Det blir i fremtiden vår oppgave å få til dette selv om vi står ovenfor en ny reform.

5 KONKLUSJON

Vi har med denne oppgaven satt oss inn i samhandlingsreformen og hva slags intensjoner denne har. Vår problemstilling er:

Vil hjemmeboende personer med demensdiagnose bli en utsatt gruppe etter samhandlingsreformen?

Vi har jobbet for å finne svar på vår problemstilling. Så langt er det vanskelig å kunne gi noe endelig svar på dette, da denne reformen er i oppbyggingsfasen. Reformen har sterk fokus på å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. De ulike tiltakene som er igangsatt i forhold til dette, vil først vise resultater om noen år. Slik vi ser det ut fra vår oppgave vil pasienter med demens diagnose bli en utsatt gruppe inntil intensjonene i reformen vises.

Vi tror at hjemmeboende demente står i fare for ikke å bli ivaretatt på en verdig måte. På grunn av ressursmangel kan det være vanskelig å bistå dem med den tryggheten de har behov for. For at hjemmetjenesten skal klare å møte de utfordringene som samhandlingsreformen vil gi, ser vi at behovet for helsepersonell må styrkes og at kompetansen må heves. Det er viktig at en beholder personell som allerede arbeider i omsorgstjenestene. For å få til dette er det viktig med skolering av de som er uten fagutdanning, tilbud om etterutdanning, god ledelse og et godt arbeidsmiljø. Det vil i fremtiden vise om regjeringen klarer å innfri dette. Vi som nyutdannede sykepleiere gleder oss til å få være med på de nye utfordringene som samhandlingsreformen vil gi.

6 LITTERATURLISTE

*Berntsen, V.D.(2008). Demensboka. *Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Forlaget aldring og helse.

*Birkeland, A & Flovik, A, M. (2011). *Sykepleie I hjemmet*. Oslo: Akribe AS

*Brækhus, A. & Lillesveen, B.(2005). *Utredning av demens*. Organisering og samarbeid mellom primær -og spesialhelsetjenesten. Forlaget Aldring og helse

*Danielsen, B. & Fjær, S. (2010). *Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune*. I sykepleien 2010 nr.1 (5). 28-34. Lokalisert 16.04.12 på:
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/342942/erfaringer-med-a-overfore-syke-eldre-pasienter-fra-sykehus-til-kommune>

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*DeForge, R. Forbes, D., Hall, J., Klosek, M., McWilliam, C & Oudshoorn, A. (2011). *Dementia Home Care Resources: How Are We Managing?* Lokalisert 13.04.12:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205668/?tool=pubmed>

*Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Engedal, K.(2000). *Urunde hjul*. Alderspsykiatri i praksis. BK Vestfold Grafiske AS

*Engedal, K. (2002). *Diagnostikk og behandling av demens*. Tidsskrift norske legeforening nr.5. April 122:520-4. Lokalisert 13.04.12: <http://tidsskriftet.no/article/497312>

*Engedal, K., & Haugen, K. (2009). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse

*Engedal, K., Lillesveen, V, Lystrup, L., & Nygård, A (2006). *Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens*. Tidsskrift for den norske legeforening nr.15. August 126:1917-20. Lokalisert 18.04.12: <http://tidsskriftet.no/article/1405024>

*Engedal, K., & Wyller, T. (2004). *Aldring og hjernesykdommer*. Akribe Forlag

*Fjørtoft, A.(2009). *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen*.(St.meld.nr.47 2008-2009). Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/st.meld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

*Holme, I. & Solvang, B.(1996). *Metodevalg og metodebruk*. 3.utg. Oslo: Tano.

*Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kommunehelsetjenesteloven (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. November 1982 Nr. 66*. Hentet fra [http://lovdat\[a.no/all/hl-19821119-066.html](http://lovdat[a.no/all/hl-19821119-066.html)

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. (red.) (2008). *Grunnleggende sykepleie*. (bind 4). (3.opplag) Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Libak, A. (2012). *Samhandlingsreformen, bakgrunn og utfordringer - erfaringer så langt*. Norsk sykepleierforbund.

Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester. LOV-2011-06-24-30(2011) Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.

*Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano Aschehoug.

*Næss, S.(1994):*Yrkesvinne-husmor. Gifte kvinners livskvalitet*, institutt for sosial forskning, Oslo, INAS-rapport, nr.2.

Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. Februar 1999 nr. 63*.
Hentet fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

*Solheim, K.(1997). *Norsk Alderspsykiatri-ABC*. Sandvika: Copyshop AS

*Statistisk sentralbyrå (2005) *Pleie og omsorgstjenester-flere eldre mottar hjemmesykepleie*.
[URL:http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-0927-01.html](http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-0927-01.html) [13.04.12]

Vedlegg 2

Dato	Søkeord	Databaser	Antall Treff	Leste Abstrakter	Leste Artikler	Inkluderende Artikler
13.04.2012	Dementia Dementia and home Demens Home care	SveMed+	31	1	1	0
16.04.2012	Samhandling Hjemmeboende eldre Kommune og sykehus	Sykepleien.no	1	1	1	0
16.04.2012	Dementia Dementia and living At home	PubMed	347	2	1	0